

DE
L'ÉLÉPHANTIASIS
ET DES
MANIFESTATIONS CHIRURGICALES
DE LA FILARIOSE

PAR
M. le Professeur **P. S. DE MAGALHAES**
de la Faculté de Médecine de Rio-de-Janeiro.

(Extrait de la *Tribune Médicale* du 25 août 1906.)

PARIS
IMPRIMERIE DE VAUGIRARD
152, RUE DE VAUGIRARD, 152

1906



WELLCOME INSTITUTE LIBRARY	
Coll.	we/TROmec
Call	pam
No.	WC880
	1906
	M18d



22200153648

DE
L'ÉLÉPHANTIASIS
ET DES
MANIFESTATIONS CHIRURGICALES
DE LA FILARIOSE

PAR

M. le Professeur **P. S. DE MAGALHAES**
de la Faculté de Médecine de Rio-de-Janeiro.

(Extrait de la *Tribune Médicale* du 25 août 1906.)

PARIS
IMPRIMERIE DE VAUGIRARD
152, RUE DE VAUGIRARD, 152

—
1906

DE

L'ÉLÉPHANT

PAR

MAZETTES CHIRURGICALES

DE L'ÉLÉPHANT

PAR

M. J. BOUTON, V. B. DE MAGALHÃES

Paris, chez l'Éditeur, 1840.

(L'Éléphant, 1840, n. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100.)

PARIS

MAZETTES CHIRURGICALES

DE L'ÉLÉPHANT

1840

DE L'ÉLÉPHANTIASIS

ET DES

MANIFESTATIONS CHIRURGICALES

DE LA FILARIOSE

par M. le Prof. **P. S. DE MAGALHAES**

de la Faculté de Médecine de Rio-de-Janeiro.

Invité par M. le professeur Réclus à faire une leçon sur l'Elephantiasis et ses rapports avec la Filariose, à propos d'un cas de son service de la Charité, et désirant répondre de mon mieux au grand honneur qui m'était ainsi accordé, j'acceptais l'invitation, sans pourtant me dissimuler les difficultés de ma tâche.

D'une part, en effet, j'avais bien la conscience de l'impossibilité d'éviter les incorrections de langage et les fautes graves dans la manière de m'exprimer en français, langue que je possède insuffisamment ; d'autre part, je devais faire ma leçon réduite presque à mes seules réminiscences, puisque, me trouvant en voyage, je ne disposais pas de bibliothèque, ni de matériel à démonstration.

En vérité je n'avais avec moi qu'un exemplaire du volume de la *Revista dos Cursos* de la Faculté de Médecine de Rio de Janeiro, dans lequel mon mémoire sur la *Filariose de Wucherer* avait été publié, ainsi que l'observation d'un cas d'éléphantiasis, très rare par ses dimensions, de la clinique de mon regretté ami et collègue, le professeur Bulhoès, si prématurément enlevé à la science et à sa patrie, cas

se rapportant à une malade dont le sang hébergeait des filaires, comme je l'avais vérifié moi-même. Parmi quelques préparations microscopiques apportées avec moi de Rio, il s'en trouvait une, déjà ancienne, de sang contenant des filaires nocturnes.

C'était tous les éléments à ma disposition pour préparer ma leçon. Je me suis soumis aux conditions de ma situation, confiant à la bienveillance de l'auditoire et me sentant fort de la gentillesse de M. le professeur Reclus, présent et près de moi.

— Ecrivant maintenant l'exposé de ma leçon, à la demande de M. le docteur Marcille, chef de la clinique, je m'efforçai de compléter mon sujet et de remplir quelques lacunes, dues en partie à la brièveté du temps à ma disposition : l'objet à traiter étant trop étendu et complexe pour être étudié, même résumé, dans l'espace d'une heure.

*
* *

Ayant à m'occuper, devant vous, de l'élephantiasis et de la filariose, je ne saurai pas vous dire beaucoup de choses qui n'aient pas été déjà décrites par d'autres ; tout au plus j'espère pouvoir vous raconter mes impressions personnelles sur ce que j'observai, sur ce que j'ai appris par mes lectures et par mes études sur la question.

Depuis quelques années, les pathologistes européens ont voué un grand intérêt à tout ce qui concerne les maladies des pays chauds, et ce sujet est devenu bien connu de la plupart des étudiants en médecine. Ici même, à Paris, tous les ans, la parasitologie exotique est régulièrement enseignée avec une compétence

hors ligne et d'une façon toute soignée par M. le professeur Blanchard ; et les manifestations chirurgicales de la filariose constituent un objet systématiquement exposé par M. le professeur Le Dentu, qui sait mettre à profit dans ses intéressantes leçons sa grande expérience chirurgicale des affections endémiques des pays tropicaux et ses connaissances théoriques de la pathologie spéciale à ces contrées.

Les livres et les travaux de MM. Blanchard, Laveran, Le Dentu, Wurtz, Neveu-Lemaire, Guiart, Jeanselme, Brumpt, Penel, Le Dantec, et bien d'autres, ne citant même que les plus récents, témoignent de l'activité des auteurs français par rapport à la médecine tropicale ; et les collections des Archives de Médecine navale, des Annales de l'Institut Pasteur, des Archives de Parasitologie constituent autant de répositoires d'informations indispensables à ceux qui désirent connaître les maladies des pays chauds.

Ainsi les considérations que je pourrai vous présenter n'auront d'autre mérite que celui de vous faire entendre l'opinion individuelle d'un médecin ayant vécu dans un pays où les manifestations morbides de la filariose ne sont pas rares. Je ne prétends pas vous apporter des nouveautés scientifiques, mon sujet ayant été déjà traité par d'autres, même chez vous, je le répète.

Vous savez bien que la dénomination d'Elephantiasis est employée pour désigner deux choses bien différentes, selon qu'on parle de l'*Elephantiasis des Grecs*, une forme de la lèpre, ou de l'*Elephantiasis des Arabes*, affection caractérisée par une hypertrophie de la peau.

Au Brésil on donne aussi quelquefois à cette

dernière le nom d'Elephantie (*Elephancia*), nom créé par un ancien médecin portugais, le Dr Bernardino Gomes, et introduit dans le langage médical à Bahia par mon savant maître, M. le Dr da Silva Lima. On prétendait établir ainsi une distinction dans les désignations des deux états morbides.

Mais encore dans sa deuxième acception il importe de poser une différenciation selon qu'on se rapporte à une affection spéciale, constituant une maladie déterminée, l'Elephantiasis endémique des pays chauds, ou à un état pathologique, caractérisé simplement par une infiltration lymphatique et une hypertrophie cutanées, processus morbide résultant de causes diverses, multiples, aboutissant à une irritation de la peau, à un embarras de sa circulation sanguine ou lymphatique, à marche chronique. Dans le premier cas nous avons affaire plutôt à une affection caractérisée, à une individualité morbide ; dans le second, à un simple processus pathologique non individualisé en maladie déterminée, produit par des causes banales, communes.

A propos du malade qui occupe le lit n° 11, de la salle Trelat du service clinique de M. le professeur Reclus, il s'agit d'un cas de hernie inguinale ancienne, très volumineuse, descendue jusque dans les bourses (un oscheocèle), devenue en partie irréductible ; hernie qui a été toujours mal contenue et dernièrement même non contenue du tout.

L'existence de la hernie ne souffre pas de doute et ce n'est pas à son sujet qu'a été appelée mon attention, mais sur l'état dans lequel se présente le scrotum du malade du côté correspondant à la hernie.

La peau de cette région a dû se distendre

considérablement, et s'agrandir pour pouvoir recouvrir les viscères déplacés hors de l'abdomen du malade ; elle a dû s'adapter à ses nouvelles fonctions tégumentaires ; sa circulation sanguine et lymphatique sollicitée par ce surcroît du rôle à remplir par elle, sollicitée aussi par les frottements, par la déclivité, par la pesanteur, par les irritations, petites peut-être, mais assurément prolongées et continuelles, s'étant exagérée et troublée, a déterminé à la fin une infiltration et une hypertrophie considérables des tissus. L'épiderme, lui aussi, montre tous les caractères propres d'une peau altérée dans le sens que je viens de dire.

Quoiqu'il en soit, cette peau n'est pas saine, elle n'est pas normale ; elle est infiltrée, œdématisée, épaissie, endurcie, hypertrophiée. Or si elle n'est pas saine, comment désigner l'état dans lequel elle se trouve ? Elle est éléphantiasique ; je ne connais pas une autre manière de la qualifier.

Nous avons ici par conséquent un éléphantiasis partiel du scrotum chez ce malade, consécutif à sa hernie, éléphantiasis probablement banal, comme on peut en observer partout.

Je dois encore noter l'existence de plaques d'exfoliation épidermique, circulaires, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, sans lésion cicatricielle sous-jacente ; ces plaques sont parsemées sur la partie antérieure de la région malade ; elles ne peuvent être autre chose que des marques provenant de bulles et de vésicules, comme on en voit se former souvent sur la peau éléphantiasique, même dans sa forme endémique, forme liée à la filariose.

Si vous me demandiez : éliminez-vous catégoriquement la filariose dans le cas en question ? je répondrais qu'il est naturel de songer

à l'absence de la filariose, ici, dans ce cas; mais qu'il ne faut pas risquer de formuler une réponse trop positive : il est bon de faire examiner systématiquement le sang de tous les malades atteints d'éléphantiasis.

Le patient en question n'a jamais été hors de France, contrée où n'existerait pas la filariose. D'un autre côté, les conditions individuelles expliquent la pathogénie de l'éléphantiasis scrotale du malade.

Mais on ne doit pas être trop absolu ; on ne doit pas croire impossible l'apparition de filariose en France.

On a déjà rencontré des filaires dans le sang d'un paysan originaire de Canet de Mar, près Barcelone, en Espagne, non très loin de la frontière française. Ce cas communiqué au 11^e Congrès international de médecine, à Rome, en 1894, se rapportait à un individu ayant souffert de chylurie et de lymphangiectasies inguinoscrotales, manifestations bien connues de la filariose des pays chauds.

En 1903, un autre fait de filaires observées dans le sang d'un individu originaire de Gibraltar, domicilié à Sienne, en Italie, a été noté par Biondi.

La présence des microfilaires a été aussi vérifiée chez des patients en Roumanie, les nématodes ayant été même spécifiés par l'auteur qui les a décrits sous le nom de *filaria sanguinis hominis romanorum*, si je ne me trompe pas.

Des étrangers et des Français ayant fait un séjour plus ou moins long en des pays à filaires, quelques-uns porteurs même de filariose avérée, d'autres probablement atteints de filariose latente, entrent en France, comme par-

tout en Europe ; ils y séjournent longtemps. Des espèces de moustiques bien proches de celles qui jouent le rôle d'hôtes intermédiaires de la filaire nocturne du sang existent en maintes localités d'Europe et même de France. Les deux conditions nécessaires à la filariose existant, il ne serait pas étonnant que des cas d'infections s'y produisent un jour ou l'autre.

L'engage M. le professeur Réclus à faire examiner convenablement le sang de son malade et bien vérifier l'absence ou la présence des hématozoaires.

Il me reste à rappeler que, même en France, à Brest, Nielly a trouvé dans les vésico-pustules d'un jeune mousse, n'ayant jamais quitté la France, des petits nématoïdes parasites. L'étrange affection cutanée a été d'abord rapprochée du *craw-craw*, manifestation supposée filarienne, plus tard les petits nématoïdes ont été rapportés aux *Rhabdites*, et spécifiés sous le nom de *Rhabditis Niellyi* ; mais nous devons avouer que ce fait est resté bien obscur ; néanmoins les petits parasites, par leur organisation plus parfaite, ne pourraient pas se confondre avec les microfilaires nocturnes du sang.

*
* *

Nous touchons maintenant à une question intéressante, les rapports de l'éléphantiasis endémique des pays chauds et de la filariose.

Est-il bien certain que l'éléphantiasis endémique est causé par les filaires du sang ?

Lorsque Lewis, à Calcutta, en 1872, et Manson, à Amoy, en Chine, en 1875, publièrent leurs observations de filaires dans le sang de malades d'éléphantiasis, l'opinion de la corrél-

lation de cause à effet de ces deux choses a trouvé une grande faveur et elle a été généralement acceptée. Mais, plus tard, lorsque d'autres observateurs ont présenté des résultats négatifs de plusieurs nouvelles recherches, faites en différents pays, il s'est produit un changement au cours des idées, et encore aujourd'hui un certain nombre d'auteurs refusent un tel rôle pathogénique aux filaires du sang.

Mais il faut bien reconnaître que l'absence des filaires dans le sang des malades éléphantiasiques ne peut pas avoir la signification qu'on veut y attacher. La filariorose peut avoir existé, être déjà éteinte et pourtant l'éléphantiasis, sa conséquence, persister indéfiniment. Le supposé axiome du *sublata causa...* n'est pas un vrai axiome. A chaque pas on rencontre des effets persistants et définitifs, dûs à des causes qui sont depuis longtemps disparues !

Les faits de la présence des filaires dans le sang des malades éléphantiasiques ne sont pas rares. La concomitance d'autres manifestations bien connues de la parasitose avec l'éléphantiasis, l'absence de toute autre condition qui puisse expliquer l'endémicité et la fréquence de l'affection dans les contrées où existe la filariorose, nous mènent bien logiquement à accepter l'opinion affirmant la corrélation causale en question.

Il ne me paraît pas possible de mettre en doute que la présence de millions de filaires embryonnaires dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques, circulant partout, s'arrêtant ici ou là, se groupant parfois ; que la présence d'œufs provenant de pontes prématurées de la filaire adulte (sortes de fausses-couches, d'après l'expression pittoresque de Manson), et

qui, par son plus fort diamètre, plus difficilement pourront traverser les vaisseaux capillaires ; encore la présence de vers adultes, progéniteurs des embryons en circulation, cantonnés en des points incertains et variables de l'organisme, il ne me paraît pas possible, dis-je, que tout cela ne puisse déterminer des embarras à la libre circulation sanguine et lymphatique, ne puisse causer des dilatations des vaisseaux lymphatiques ; que pour cette varicose et les thromboses lymphatiques consécutives, il ne puisse se produire un état pathologique des ganglions lymphatiques, des parois des propres vaisseaux se prolongeant jusqu'aux lacunes ou espaces lymphatiques du tissu conjonctif lui-même. Telles sont les lésions attribuées à la filariose.

Or nous n'ignorons pas que toute stase prolongée de la lymphe conduit dans la peau à l'état éléphantiasique.

Quelle difficulté, alors, d'accorder aux filaires une causalité morbigène qu'on prête à toutes les autres causes agissant de la même façon ?

L'état anormal, pathologique du système lymphatique dû à la filariose, déterminant naturellement une résistance moindre contre les divers agents infectieux, amène consécutivement des fréquents accès d'infections secondaires par des streptocoques et des staphylocoques communs, produisant très souvent des lymphangites tantôt réticulaires, tantôt tronculaires et ganglionnaires ; le plus souvent combinées ensemble.

Ces poussées de lymphangites répétées sont à leur tour des causes d'infiltrations lymphatiques et plus tard d'éléphantiasis ; celle-ci trouve de la sorte une seconde raison chez les

filarieux, je veux dire les individus ayant le sang infecté par les embryons de filaires.

Ainsi les lymphangites répétées, habituelles, de l'éléphantiasis endémique des pays chauds sont, à mon avis, très souvent, peut-être le plus souvent, dues à des infections secondaires, se prodissant en des tissus malades, altérés par le fait de la filariose.

Quand on a fait l'autopsie d'un individu ayant les désordres lymphatiques dûs à la filariose, présentant des varices lymphatiques diffuses, étendues ; dont les vaisseaux lymphatiques dilatés, flexueux, pelotonnés, à parois épaissies, rigides, laissent leur lumière béante à la coupe, on est convaincu de la manière anormale avec laquelle doit se faire la circulation de la lymphe chez de tels sujets.

On a du même coup l'explication de la facilité avec laquelle les infections peuvent envahir un pareil système lymphatique, les conditions toutes favorables que les agents infectieux rencontreront dans ces accumulations de lymphe stagnante, pour y pulluler et à se propager.

Le plus souvent les infections se présentent avec les allures de lymphangites simples, ce sont les *érysipèles blanches* (*erysipelas blancas*) du peuple au Brésil, les *maudites* (*malditas*), comme on les appelle également. Beaucoup plus rarement elles se terminent par la suppuration ; alors on voit quelquefois se former des abcès ganglionnaires ou interstitiels ; et on a pu recueillir des filaires adultes en ouvrant de pareils abcès.

Les infections encore plus graves, soit terminées par mortification, soit déterminant des phénomènes généraux funestes, sont exceptionnelles, heureusement.

En résumé, il me semble que la filariose cause l'éléphantiasis de deux manières : 1^o directement, embarrassant le cours de la lymphe; 2^o prédisposant aux poussées de lymphangites, dues le plus souvent à des infections secondaires, qui, répétées, mènent également aux mêmes conséquences.

Une condition d'une importance capitale dans l'évolution de l'éléphantiasis endémique des pays chauds est constituée par l'action de la pesanteur, rendant difficile le retour de la lymphe dans sa marche ascendante, aggravant la stase lymphatique déjà déterminée par les altérations des vaisseaux correspondants.

Ce sont les parties déclives du corps (les jambes, les pieds, les cuisses); ce sont les organes pendants (le scrotum et la verge chez l'homme, les grandes et les petites lèvres, le clitoris, les mamelles, chez la femme) qui deviennent presque exclusivement le siège de l'éléphantiasis.

Les cas supposés d'éléphantiasis des membres supérieurs, ceux de la face sont très probablement des affections tout autres.

On doit également reléguer dans une classe distincte les faits d'éléphantiasis d'origine congénitale; ils sont tantôt des *nævus* hypertrophiques, tantôt des lymphangiomes ou des hœmo-lymphangiomes accompagnés d'un état hypertrophique, éléphantiasique lorsqu'ils siègent à la peau.

Je pourrais citer à ce propos un cas diagnostiqué d'éléphantiasis congénital de la face que je pus bien vérifier n'être autre chose qu'un *nævus* hypertrophique de toute l'épaisseur de la joue et de la moitié de la lèvre supérieure; non seulement la surface muqueuse intra-buc-

cale aussi bien que la surface cutanée étaient le siège de la production vasculaire ; une hypertrophie du système pileux sur la moitié de la lèvre supérieure du côté malade de cette femme lui formait une vraie demi-moustache. J'ai même essayé la cure de cette malade par la ligature artérielle ; ayant fait dans une première opération la ligature de la faciale, je me proposais de lui faire la ligature de la temporale dans une seconde séance, lorsque la malade n'a plus voulu continuer le traitement commencé.

Un autre cas très intéressant, d'origine congénitale, constituerait un exemple de lymphangiome avec élephantiasis.

L'observation de ce malade a été publiée en 1893, avec deux photogravures, dans l'*American Journal of the Medical Sciences*, grâce à une traduction anglaise faite par M. Manson. L'affection avait pour siège toute la moitié du cuir chevelu ; la peau de cette région hypertrophiée et pendante tombait sur le côté malade recouvrant toute l'oreille et descendait le long du cou presque jusqu'à l'épaule du malade, simulant un bonnet de nuit incliné de côté. Les os de la face et du crâne avaient souffert de l'action mécanique de la production hypertrophique. Il s'était formé une asymétrie très notable de la physionomie du patient.

Ces hypertrophies cutanées congénitales pourraient être rapprochées de certains fibromes mous de la peau, du *molluscum pendulum*. On pourrait discuter l'origine neuro-pathique qu'on a attribuée à des productions semblables.

* * *

Les accès fébriles qui précèdent, accompagnent et suivent l'évolution de l'élephantiasis

ont reçu de J. Fayrer le nom de *fièvre élephantoides*, j'ai cru plus exact de les appeler *fièvre lymphangitique*, d'accord avec l'interprétation exposée ci-dessus.

Ces accès de fièvre reviennent à des intervalles fort variables, et des causes bien insignifiantes en peuvent déterminer le retour. Souvent il suffit d'une marche un peu prolongée, d'une station debout un peu longue, pour faire éclater des nouveaux accès de lymphangite ; il semble exister chez ces malades une infection latente. Quelquefois en effet les poussées se déclarent sans cause apparente, et les malades veulent les attribuer à des écarts de régime, voir même à l'influence de certaines phases lunaires.

Il faut bien retenir que la filariose étant une parasitose ordinairement aseptique, peut se compliquer, comme nous avons vu, d'infections secondaires menant rarement à la suppuration, exceptionnellement à des processus de mortification et de septicémie, mais très souvent à des accès de fièvre, liés pour la plupart à des poussées de lymphangite.

N'oublions pourtant pas que la fièvre pourrait s'expliquer quelquefois même sans infection microbienne, indépendamment des lymphangites. Nous connaissons, en effet, le mécanisme de la fièvre traumatique aseptique consécutive aux fractures fermées, aux grandes infiltrations sanguines, causée par l'absorption des ferments de la fibrine, chose confirmée d'ailleurs expérimentalement.

Or les épanchements lymphatiques d'origine filarienne se montrent extrêmement riches en fibrine, à en juger par le produit des lymphorrhagies, soit externes, soit cavitaires et viscérales. Plusieurs de ces produits pathologiques coagulent spontanément.

La marche de l'éléphantiasis endémique des pays chauds n'est pas régulière. Presque toujours la maladie débute par des accès de lymphangites, accompagnées d'infiltrations lymphatiques plus ou moins prononcées. Le plus souvent cet œdème s'évanouit quelque temps après la terminaison de la lymphangite. Plus tard, après des répétitions des poussées inflammatoires, l'infiltration devient persistante, même pendant les intervalles entre les périodes d'activité du processus morbide. A la suite d'un nombre plus ou moins grand de lymphangites, et de la permanence de l'infiltration, l'hypertrophie de la peau s'accroît, elle progresse lentement, mais constamment. Parfois, arrivées à un certain degré, les lésions stationnent. Il est très rare qu'une première lymphangite laisse d'emblée une infiltration persistante, suivie immédiatement de l'hypertrophie de la peau. Des complications, que nous étudierons bientôt, viennent à la longue s'ajouter à l'éléphantiasis.

Le cas dont je vous présente la figure a été naguère publié par mon regretté ami le professeur Bulhoès, dont la perte a été pour la Faculté de médecine de Rio, irréparable. Je ne connais qu'un autre cas pouvant être rapproché de celui-là, il a été publié dans le *Wiener Klinik* par M. le Dr Hebra fils. La malade du professeur Bulhoès pesait 133 kilos, l'éléphantiasis atteignait antérieurement jusqu'aux plis de l'aîne, postérieurement jusqu'aux fesses. La présence des filaires y a été constatée par moi-même.

Les lymphangites répétées, les varices lymphatiques, l'infiltration lymphatique, l'hypertrophie et la sclérose de la peau, constituent

donc les chaînons d'une même chaîne ayant de commun la matière première dont ils sont constitués, la filariose. Mais outre ces symptômes fondamentaux, l'éléphantiasis endémique des pays chauds présente ou est suivie de quelques complications qui méritent d'être notées.

La peau infiltrée et hypertrophiée ne l'est pas à un égal degré sur toute l'étendue de la partie affectée. Il se forme des sillons plus ou moins profonds, des collerettes, des bosselures et des enflures, irrégularités peut-être dépendantes des conditions anatomiques de la région. Une exudation plus ou moins abondante se produit au niveau des sillons, laquelle macère l'épiderme et détermine des excoriations. Il se forme très souvent de l'eczéma.

Des productions papillomateuses, quelquefois cornées, se constituent plus ou moins nombreuses. L'hypertrophie de la couche cornée de la peau produit par places une espèce d'ichtyose.

Des bulles et des vésicules se présentent ; en se rompant, elles donnent lieu à des lymphoragies. Des ulcères torpides, extrêmement difficiles à guérir, viennent à se constituer. Ces solutions de continuité de la couche épidermique ouvrent le passage aux agents infectieux du dehors et mettent le malade dans une situation éminemment propre à des atteintes morbides.

Outre les complications mentionnées, le malade peut présenter d'autres manifestations de la filariose, et cette coïncidence témoigne de l'identité de la nature filarienne de l'ensemble morbide.

L'origine parasitaire de l'éléphantiasis endémique des pays chauds est confirmée, ai-je dit,

par l'association fréquente d'autres manifestations sous la dépendance de la filariose. C'est pour moi le moment d'en parler brièvement ; il faut les connaître.

Une affection prurigineuse de la peau, caractérisée par une éruption de papulo-vésicules ou de papulo-pustules, ayant reçu le nom africain de *craw-craw*, selon Mc. Neil, qui l'a observée à la Côte occidentale d'Afrique, a été considérée comme manifestation de la filariose. Des embryons de filaires identiques à la *filaria sanguinis nocturna* ont été rencontrés dans le liquide exsudé de ces efflorescences cutanées. En 1875, Silva Araujo, à Bahia, observa un cas semblable, dans lequel il n'y avait pas de pustules, mais seulement des papulo-vésicules ; il en a étudié le parasite dans un intéressant mémoire sous le titre de *Filariose* et le dénomina de *Filaria dermathemica*. Le malade était de race blanche, né à Bahia et y habitant jusqu'à l'apparition de la maladie. L'affirmation qu'il s'agissait d'un nègre dans l'observation de Silva Araujo, comme on le lit dans quelques publications, est inexacte ; j'ai connu le malade personnellement, bien que n'ayant pas examiné son affection, ni son sang.

Un autre cas de *craw-craw* filarien a été observé par moi-même, à Rio. Le patient était un enfant nègre ; l'éruption débutait par des pustules et se terminait comme un ecthyma, dont les croûtes sanguinolentes étant détachées laissaient sortir du sang noirâtre, contenant des filaires nombreuses. L'éruption laissait des marques cicatricielles, et la maladie était fortement prurigineuse.

J'appelle cette affection le *craw-craw* filarien puisqu'on a affirmé que le nom africain est employé pour désigner des éruptions dont on nie

la nature filarienne. Il n'est pas étonnant que les indigènes confondent sous une même dénomination des affections cutanées diverses, des peuples bien plus cultivés ne procèdent pas autrement à propos de la terminologie.

Il faut pourtant avouer que, en raison des observations si peu nombreuses, et ayant en considération la possibilité d'une simple coïncidence de la filariose et d'une éruption cutanée indépendante de cette parasitose chez le même individu, on aura peut-être raison d'attendre des nouveaux faits analogues pour statuer définitivement à propos du *craw-craw*.

Comme manifestation cutanée de la filariose, décrite à part de l'éléphantiasis proprement dite, il est à indiquer une affection caractérisée principalement par des varices lymphatiques cutanées. Les dilatations des vaisseaux lymphatiques superficiels de la peau forment des traînées sinueuses, multiples, des petites vésicules et des petites dilatations ampulliformes, très superficielles, recouvertes à peine par l'épiderme, laissant voir leur contenu tantôt translucide ou citrin, tantôt et le plus souvent teinté par du sang y mélangé.

Les capillaires lymphatiques de la peau distendus lui donnent un aspect semblable à celui qu'on voit sur la peau au voisinage du mamelon dans certains cas de cancer du sein. La peau est infiltrée, épaissie, mais mollassée; sa surface présente une apparence luisante, humide. Lorsque les petites vésicules ou les dilatations variqueuses des lymphatiques se rompent ou lorsqu'elles sont déchirées, un suintement abondant et prolongé de la lymphe se produit, quelquefois même on voit un écoule-

ment plus considérable, des lymphorrhagies copieuses.

Presque toujours la maladie siège au scrotum, et pour cette raison elle est connue sous le nom de *lymphoscrotum*, dénomination créée *todes* de Bristow. Elle est fréquemment associée à des varices lymphatiques de la région inguino-crurale.

J'ai observé des lésions toute pareilles siégeant aux grandes lèvres chez une malade présentant des lymphorrhagies abondantes, et dont le sang et l'exsudation lymphorrhagique contenaient des filaires nombreuses.

Des *épanchements de lymphe*, riches en matières graisseuses, à aspect latescent, ressemblant au chyle, constituent des manifestations caractéristiques de la filariose.

A la cavité péritonéale (Winckler) et à la cavité pleurale, ces épanchements sont des raretés; mais dans la vaginale, constituant les chylocèles (lymphocèles d'autres auteurs), ils sont assez fréquents et méritent une mention spéciale. Autrefois on les appelait hydrocèles graisseux, galactocèles de Vidal, et on ignorait complètement leur signification; des explications les plus hypothétiques étaient imaginées pour interpréter leur pathogénie.

Comme pour l'éléphantiasis, on a à distinguer des cas d'épanchements chyleformes indépendants de la filariose, observés un peu partout.

Je profite de l'occasion pour reproduire ici quelques indications sur le diagnostic différentiel des *chylocèles* et des hydrocèles ordinaires, affection avec laquelle ils seront plus facilement confondus.

On dit généralement que l'absence de transparence servirait à faire distinguer un chylocèle d'un hydrocèle commun. Or j'ai eu déjà des cas de chylocèle où une transparence assez accentuée faisait penser à un hydrocèle commun, mais, j'avoue, ce sont des exceptions ; généralement, en effet, l'examen à la lumière montrera sinon l'absence complète de translucidité, du moins une opacité relative.

Mais nous rencontrons beaucoup d'hydrocèles à vaginale épaissie, à liquide de couleur foncée, verdâtre, dans lesquels la transparence peut faire défaut également.

Il y a pourtant des signes diagnostiques d'une valeur bien plus grande pour caractériser les chylocèles.

En première ligne on doit noter les variations de volume, les variations de la distention de la vaginale par le chylocèle. Ici en effet, comme d'ailleurs pour toutes les manifestations de la filariose, l'épanchement lymphatique subit des oscillations, et on observe de fréquentes variations de volume de la grosseur intrascrotale, et du degré de tension de la paroi de la cavité contenant le liquide. *Ces variations sont en relation avec les périodes de station verticale et de marche prolongées du malade, ou, au contraire, de repos et de position horizontale sur le lit.*

En effet, règle générale, les chylocèles grossissent à la fin de la journée, après la position verticale du malade, après des marches prolongées ; la vaginale est plus tendue dans ces mêmes conditions. Le contraire a lieu, le matin, après le décubitus horizontal du patient pendant la nuit, après le repos prolongé sur le lit.

Comme conséquence ordinaire de ces variations répétées de répletion de la cavité ou

d'absorption partielle du liquide épanché, il se produit une flaccidité des bourses qui le recouvrent, flaccidité qui n'est pas commune dans les hydrocèles ordinaires, sauf le cas rare d'une réabsorption spontanée du liquide, ce qui est exceptionnel.

Encore dans ces conditions on pourra, à volonté, déterminer des variations dans le chylocèle, variations qui trancheront la question.

L'examen attentif du liquide fourni par la ponction d'un chylocèle ne permet pas de le confondre avec celui d'un kyste de l'épididyme à contenu opaque. Le caillot, quand il se forme dans le liquide provenant d'un chylocèle, occupe la partie supérieure du vaisseau qui le contient, le sédiment du liquide d'un kyste spermatique descend au fond de la masse fluide. Quelquefois le liquide chyloïde est blanc jaunâtre, il pourrait alors rappeler grossièrement plutôt l'exsudat de certaines vaginalites suppurées; l'absence de symptômes inflammatoires concomitants et d'épaississement de la vaginale; la présence des filaires, de la grande quantité des globules graisseux, le petit nombre des leucocytes lèveront tout doute.

Le chylocèle s'associe fréquemment avec les varices lymphatiques inguino-crurales, plus souvent encore avec des varices des lymphatiques du cordon et de l'épididyme, plus rarement avec le lymphoscrotum ou avec l'éléphantiasis scrotal; quelquefois avec les lymphangites ou avec l'hématochylurie.

Les varices lymphatiques inguino-crurales, les infiltrations et tuméfactions des ganglions de la même région, sont des manifestations des plus fréquentes de la filariose. A des degrés différents, ces varices lymphatiques et les ade-

nolymphocèles inguino-crurales, accompagnés ou non de poussées de lymphangites se présentent à l'observation ordinaire du chirurgien exerçant dans les pays chauds.

Parfois cette affection prend les apparences d'une hernie, surtout d'un épiplocèle crural. La situation de la grosseur, son indolence, son développement à marche chronique, l'aspect normal des téguments, la réductibilité plus ou moins complète, spontanée dans le décubitus dorsal prolongé ou provoquée par la pression avec la main, l'augmentation du volume par les efforts, la possible communication de vibrations à la main qui palpe par des mouvements provoqués de toux, rappellent bien une hernie; il est bon de posséder un moyen d'établir un diagnostic sûr, même dans les cas obscurs.

Dans une note publiée dans la *Revue de Chirurgie*, il y a déjà quelques ans, juin 1892, je proposai à cet effet le procédé suivant :

Faites coucher votre malade en position de décubitus dorsal et faites-le garder cette position pendant quelque temps; s'il s'agit d'un cas de varices lymphatiques la grosseur se réduira de volume lentement. Vous pourrez faciliter cette réduction, soit en relevant le siège du malade sur un coussin, soit en pressant de la main sur la grosseur. Celle-ci s'étant réduite complètement ou incomplètement, posez vos doigts sur la limite supérieure de la tumeur, au niveau du bord inférieur du ligament de Poupart, et, maintenant cette pression, faites lever votre malade avec soin, et observez.

S'il s'agit d'une hernie, la grosseur ne pourrait pas se reconstituer puisque le chemin est barré, le passage du viscère est empêché. Si la grosseur se reconstitue, nous sommes en présence de varices, d'un lymphocèle ; il se recons-

tituera d'autant plus facilement puisque la lymphe est empêchée de monter pour se déverser dans les lymphatiques de la cavité pelvienne et de l'abdomen. Il faut ajouter que la compression du côté de la périphérie ne pourra pas constituer une contre-épreuve, parce que les varices lymphatiques permettent le retour de la lymphe du côté central par les vaisseaux dilatés.

Une grande diversité des adénolymphocèles peut se présenter. Quelquefois mis à nu par une opération, ils constituent des tumeurs pédiculées permettant une extirpation facile ; mais le plus souvent il existe des varices diffuses, se prolongeant à l'intérieur du bassin et de l'abdomen, les varices lymphatiques se continuent jusqu'à la hauteur des reins et au-delà.

On comprend comment, dans ces dernières circonstances, une intervention chirurgicale pourra rester incomplète et partielle.

Ce sont aussi ces conditions qui rendent particulièrement délicates les opérations. Autrefois, avant les procédés d'antisepsie et d'asepsie on réputait de *noli me tangere* ces varices lymphatiques diffuses ; mais encore aujourd'hui on doit redoubler les soins d'antisepsie si on veut se garder contre des désagréments fort sérieux. Le chirurgien doit procéder avec la conscience d'une responsabilité toute spéciale due à la qualité du terrain sur lequel il aura à travailler. L'antisepsie et l'asepsie sont toujours une garantie, mais la diversité des conditions dans lesquelles se trouvent les tissus et les organes du patient ne perdront jamais d'importance. J'y ai insisté autrefois dans un mémoire présenté à l'Académie de Médecine (séance du 29 avril 1890), je n'y reviendrai pas maintenant.

La gravité des interventions opératoires dans le cas de varices lymphatiques diffuses contraste avec la tolérance des éléphantiasiques qui, après les ablations auxquelles ils se soumettaient, avant l'ère de l'antisepsie, traversaient toutes les péripéties du traitement postopératoire d'antan.

Une manifestation de la filariose des plus fréquentes, la *chylurie*, comme on l'appelle ordinairement, ou *hématurie des pays chauds*, ou encore l'*hémato-chylurie*, comme je préfère la désigner, est considérée habituellement comme étant du ressort de la médecine interne. Mais je ne comprends guère cette manière de penser.

L'impuissance thérapeutique des médications internes dans le traitement de la filariose n'explique pas la préférence du patient pour les médecins, et bon gré malgré, il est obligé de recourir au chirurgien, lorsque quelque caillot intravésical l'empêche d'uriner.

L'aspect des urines de ces malades varie considérablement, tantôt lactescentes, tantôt rouges de sang, très souvent couleur café au lait, elles peuvent présenter toutes les nuances de ces couleurs. Selon ces diversités, on a donné les dénominations indiquées, mais je peux affirmer positivement que même les urines les plus lactescentes contiennent toujours une grande quantité de globules rouges du sang, ce qui me fait préférer le nom de *hématochylurie*, le plus exact pour la maladie.

Comme dans toutes les autres manifestations de la filariose, à mon avis, *les conditions physiques et mécaniques (position, direction, texture) des organes expliquent ici la prédilection*

et le degré des phénomènes locaux de la filariose.

Même pendant ses périodes plus actives, l'hématochylurie s'aggrave ou s'atténue selon les conditions de repos ou d'agitation, d'abstinence ou de digestion, de position horizontale ou verticale du malade. Le matin, après le repos pendant la nuit, les urines deviennent plus claires, au soir, après l'activité pendant le jour, elles prennent une teinte plus foncée.

Les périodes de la maladie elle-même, les intervalles de sa disparition et de ses réapparitions, nous restent tout à fait mystérieux.

Je ne saurais pas être très affirmatif sur l'origine anatomique de l'hématochylurie ; on cite une observation faite à *Santos*, par un médecin allemand, d'après laquelle le cathétérisme des uretères de la malade aurait montré l'origine vésicale de l'exsudation pathologique, mais on connaît des autopsies révélant des lésions rénales en appui de l'opinion contraire. Pour ma part, les caractères de l'hématochylurie me portent à supposer que la majorité des cas au moins revient à des hémorrhagies et des lymphorrhagies d'origine rénale.

*
* *

Le traitement des manifestations de la filariose doit être d'accord avec la variété de la localisation des altérations produites par la parasitose, puisque nous ne possédons jusqu'à présent aucune médication efficace contre la condition causale.

On a essayé bien des substances médicamenteuses dans le traitement de la filariose, tantôt ayant pour but de détruire les filaires, tantôt visant plus modestement à combattre les dé-

sordres causés par les helminthes. Tout a échoué.

Moi-même, à un autre temps, impressionné par l'action destructive de la glycérine sur les embryons de la filaire, ayant en considération la tolérance de l'homme pour cette substance même à doses fortes, et connaissant les essais faits avec elle dans le traitement de la trichinose, j'ai cru avoir trouvé dans son application un moyen à opposer à la filariose ; quelques premiers cas ont même semblé me donner raison, mais je dus plus tard abandonner la médication, comme inefficace.

Un médecin anglais, exerçant aux Indes, a recommandé l'administration du thymol, j'ai voulu vérifier ses affirmations ; j'ai administré le médicament jusqu'à la limite de la tolérance gastrique des malades pour la substance, les résultats ont été nuls.

Mes derniers essais ont consisté dans l'usage du mercure, en applications sur la peau de la région supposée la plus proche de la localisation probable des lésions filariennes. La méthode employée a été les frictions mercurielles, évitant la stomatite, faisant cesser la médication aux premiers indices de ptyalisme ; y revenant à plusieurs fois avec précaution.

Quelques faits paraissent témoigner du bon résultat obtenu, mais ils sont encore peu nombreux, et la marche capricieuse des manifestations de filariose commande beaucoup de prudence dans l'avis à formuler à propos de leur traitement. Sans penser à l'action antiparasitaire du mercure, on a déjà employé de longtemps l'onguent napolitain comme topique dans les cas de lymphangite et d'éléphantiasis, dans le traitement de la *maladie glandulaire*, comme les appelait Jacques Hendy.

Je ne m'arrêterai pas sur les nombreux traitements médicamenteux symptomatiques de la parasitose, très abondants, très variés, très inefficaces presque tous.

Dans l'hématochylurie lorsque les pertes de sang sont très copieuses, les hémostatiques, surtout l'ergotine, sont d'un usage courant; dans ce cas, on pourrait essayer aussi les injections de gélatine.

D'autres moyens, malheureusement oubliés le plus souvent des praticiens, dans le traitement des manifestations de la filariose donnent des résultats souvent très avantageux pour les malades. Ils consistent à assurer les conditions mécaniques propres à empêcher les phénomènes de la stase lymphatique et sanguine, cause des processus morbides dans chaque cas particulier.

La position convenable du malade et de la partie siège de l'affection, le repos, font diminuer et même cesser une lymphorrhagie soit externe, soit viscérale; ils réduisent et font disparaître les infiltrations et les accumulations lymphatiques. La compression élastique méthodiquement employée constitue un autre moyen mécanique d'une grande valeur, partout où elle est applicable.

Les lymphangites filariennes sont traitées généralement d'après les procédés ordinaires employés dans les cas analogues indépendants de la cause parasitaire. Le repos, la position élevée de la partie malade, les applications de la pommade mercurielle, soit pure, soit mitigée par la pommade de belladone et de ciguë, les topiques avec l'ichtyol, des poudres camphrées ou d'autres inertes, constituent autant de moyens locaux fréquemment employés; les sudorifiques, les laxatifs, les vomitifs et la qui-

nine sont des médications internes usuelles.

Une application vulgaire est l'administration de la bière noire, le *porter anglais* : on prétend par ce moyen abréger la durée des accès lymphangitiques. Je pense qu'il faut attribuer l'action de la bière, lorsqu'elle se fait sentir, parfois, à l'effet vomitif qu'elle provoque chez des personnes non habituées à cette boisson.

Dans les cas d'éléphantiasis, le massage, les bains chauds et de vapeur locaux, les frictions, pourront aider l'effet bien plus positif de la compression élastique et de la position élevée de la partie malade.

Il faut reconnaître une action adjuvante analogue, aux applications électriques, qui me semblent agir comme un excitant de la circulation et des absorptions lymphatiques, procédé dont les docteurs Silva Arango et Moncorvo ont été des grands promoteurs. Ils croyaient être les premiers à les avoir appliquées dans le traitement de l'éléphantiasis endémique des pays chauds, et en vérité la méthode semblait nouvelle. Pourtant là encore une fois le *nihil sub sole novum* se vérifie. Dans l'édition française d'un ancien livre sur les maladies des pays chauds, du médecin anglais Lind, le traducteur français, Thion de la Chaume, dans une note ajoutée au texte, mentionne les bons effets de l'électricité sur l'éléphantiasis d'après un ouvrage de Jacques Hendy, médecin des hôpitaux de la marine établis à la Barbade, qui l'aurait appliquée. Il est bon de noter l'affirmation faite par ce médecin, qui l'exprime ainsi : « On a prétendu que la maladie glandulaire avait été apportée d'Afrique à la Barbade par les nègres ; cela est faux, c'est une production indigène, heureuse-

ment qu'elle n'est ni contagieuse, ni héréditaire.»

Cette maladie glandulaire de Jacques Hendy n'est autre chose que la filariose : lymphangites, tuméfactions des ganglions et des vaisseaux lymphatiques, accès de fièvre, éléphantiasis.

Or, considérant que la traduction française du livre de Lind date de 1785, que l'ouvrage de J. Hendy, ici cité, doit être antérieur à cette date, je ne puis pas comprendre comment on prétend dans plusieurs travaux contemporains que *la filariose est d'importation récente aux Barbades!*

Silva Arango et Moncorvo ont essayé successivement les courants induits, les courants continus et même l'action électrolytique. Ils disaient beaucoup de bien de leur méthode de traitement, mais leurs observations avaient pourtant une tare, parcequ'ils employaient toujours simultanément et d'une façon méthodique la compression élastique chez leurs malades.

Les éléphantiasis des bourses et le lymphoscrotum, celles des organes génitaux externes de la femme sont du ressort de la chirurgie opératoire; elles sont traitées avantageusement par des ectomies. Lorsque l'affection siège aux jambes on a proposé et, je crois, on a même pratiqué des excisions partielles, en taillant des tranches longitudinales dans les tissus éléphantiasiques, en des séances répétées; mais je ne sais pas dans quelle mesure ces dernières interventions ont été réussies.

La compression faite avec la bande élastique, aidée de la position élevée de la partie malade, donne des résultats assez satisfaisants dans les cas d'éléphantiasis des membres inférieurs; mais ces résultats malheureusement ne se maintiennent pas définitivement, si la compres-

sion est abandonnée par le malade. Ce traitement peut être avantageusement aidé par la position relevée, le massage, les frictions excitantes, les bains chauds et de vapeur localement appliqués, comme aussi par l'électricité dont il a été déjà fait mention.

Hendy conseillait déjà au XVIII^e siècle la compression : « Dès que l'inflammation a cédé, disait-il, il est bon d'appliquer un bandage sur la partie malade. On lui fait exercer une douce compression. Si cette partie est très gonflée et distendue, avant tout il est convenable d'y faire des piqûres transversales, afin de donner issue à la lymphe extravasée. Il peut se faire que cette lymphe se soit coagulée dans le tissu cellulaire ; alors la cure est beaucoup plus difficile... »

La ligature de la femorale, malgré quelques succès, ne trouvera pas des adeptes comme traitement des éléphantiasis des membres inférieurs, je ne la mentionne que comme curiosité chirurgicale.

La compression est bien moins aisée à appliquer et beaucoup moins efficace dans les cas de varices inguino-crurales. Une seule fois j'ai pu arriver à un résultat assez satisfaisant, avec l'application renouvelée tous les jours d'un spica de l'aîne avec des bandes de flanelle.

Dans la majorité des faits de ce genre et des cas d'adéno-lymphocèles la compression est impraticable, il ne reste que le dernier recours d'une intervention sanglante, facile et sans gravité si on a affaire à des masses pédiculées, à des varices lymphatiques et à des glandes constituant des altérations limitées et circonscrites, opération difficile pour le chirurgien et dangereuse pour les malades s'il s'agit de varices

considérables, étendues, diffuses et non limitées.

*
* *

Parlant de la filariose, il n'est pas permis de passer sous silence le parasite qui en est la cause, mais je me garderais de prétendre vous esquisser, même en résumé, toute l'histoire naturelle du nématode responsable de la parasitose en question. Ce sujet exigerait des développements incompatibles avec le temps et avec l'espace mis à ma disposition, je me bornerai seulement à quelques données plus importantes.

En me rapportant bien souvent à la filariose et aux filaires du sang, il allait bien sans dire que j'entendais parler de la *Filaire nocturne du sang de l'homme*, *Filaria sanguinis nocturna*, tout court, et de la parasitose due à cet helminthe. On connaît aujourd'hui six ou sept espèces différentes de filaires du sang et de la lymphe de l'homme, à peu près bien distinctes, et deux autres attendant une meilleure détermination. Mais de toutes ses congénères, la *filaire nocturne*, appelée aussi *Filaria Wuchereri*, forme embryonnaire, et la *Filaria Bancrofti* Cobbold, *Filaria sanguinis hominis* Lewis, dans sa forme adulte, mérite une attention plus particulière, parce que son histoire est mieux connue, et parce que son importance pathogénique est bien plus grande et parce que c'est elle dont les effets morbides ont été bien étudiés et déterminés.

Rencontrée, par hasard, pour la première fois par Lemoine et Démarquay, à Paris, en 1863, dans un liquide extrait de la vaginale d'un jeune homme originaire de la Havane, décrite et figurée assez exactement dans un article pu-

blié dans la *Gazette Médicale de Paris*, du 11 octobre de la même année, la filaire nocturne du sang est restée oubliée pendant longtemps. L'exemple prouve que les découvertes ont, comme les livres, leur sort, leur destinée; il y en a qui ont de bonne chance, d'autres de mauvaise.

La deuxième étape parcourue par nos connaissances à propos du petit parasite a été marquée par la découverte faite par Wucherer, à Bahia, le 4 août 1866, lorsqu'il a rencontré des petits néматоïdes embryonnaires dans les urines hématochyleuses. L'observation de Wucherer n'a pas été du nombre de ces hasards heureux qui tant de fois mènent à des découvertes importantes; au contraire, elle a eu toutes les conditions scientifiques; partant d'une hypothèse basée sur l'analogie, elle aboutit à un fait nouveau.

En effet, suggestionné par le pathologiste allemand bien connu, Griesinger, Wucherer cherchait à vérifier dans les hémato-chyluries observées au Brésil la présence du *Schistosomum* (autrement dit *Bilharzia*) *haematobium*, dont l'existence avait été constatée dans l'hématurie de l'Egypte. Au lieu et en place de l'helminthe déjà connu, se révéla l'existence d'un nématoïde, alors considéré comme nouveau, avec raison, puisque la découverte de Lemoine et Démarquay était complètement oubliée, et personne, à cette époque, n'aurait pensé à une corrélation causale entre l'hématochylurie et les hydrocèles graisseux. Nous pouvons accorder à la découverte de Wucherer une indépendance complète avec celle de Lemoine et Démarquay. Des échantillons du sédiment urinaire envoyés à Leuckart mirent celui en état de déclarer à

Wucherer qu'il s'agissait bien d'embryons de nématoïdes, probablement quelque espèce de Strongilidés.

Jusqu'à ces derniers temps on citait comme une troisième coïncidence de découverte à propos de la filaire du sang, l'observation de Salisbury en 1868, qui aurait vu des embryons et des œufs d'une espèce de nématoïde provenant de la vessie d'une malade. L'auteur donna même au parasite le nom de *Trichina Cystica*. Mais récemment Wardel Stiles, l'habile helmintologiste de Washington rectifia l'observation de Salisbury d'après l'examen du matériel originaire et il conclut à une erreur de détermination zoologique ; *on aurait affaire* simplement à l'espèce bien connue d'*Oxiuris vermicularis* !

En passant rapidement en revue les dates successives de l'histoire de notre nématoïde, nous avons à indiquer : 1872, observations de Lewis, à Calcutta, des filaires embryonnaires dans le sang de l'homme souffrant de différentes manifestations de la parasitose ; 1874, communications de Sorsino de ses observations faites en Egypte ; 1875, Patrick Manson confirme par ses recherches, faites à Amoy, les faits déjà connus et prélude à toute cette série de recherches et d'observations originales qui l'ont rendu l'auteur le plus instructif parmi tous ceux qui ont travaillé le sujet. Le 21 décembre 1876, Bancroft, à Brisbane, et le 7 août 1877, Lewis, à son tour, ont la chance de trouver des exemplaires de la filaire adulte ; la découverte de Bancroft fut publiée par Cobbold dans la « *Lancet* » de Londres, juillet 1877, celle de Lewis le 29 septembre de la même année. Le 12 novembre 1877, Julio de Moura et Felicio do Santos, à Rio de Janeiro, rencontrent des spé-

cimens de la filaire adulte dans un abcès lymphatique du bras. En 1880, Manson observe un fait confirmatif, il rencontre une filaire adulte dans un vaisseau lymphatique, d'un lymph-scrotum.

Le passage des filaires embryonnaires dans les moustiques fut constaté pour la première fois par Manson (1877), vérifiant de la sorte ce que Bancroft avait posé en hypothèse. D'autres expérimentateurs ont ultérieurement complété les expériences de Manson, et même rectifié quelques-uns des résultats annoncés par lui.

Da Silva Lima, qui, à l'occasion d'un voyage en Europe, avait pu voir à Netley (Angleterre) des préparations microscopiques de la filaire du sang, envoyées par Lewis, je crois, et s'était assuré de la parfaite ressemblance que celle-ci présentait avec les filaires Wuchereri, de Bahia, rapprochant les différentes observations publiées, identifia en 1877 les microfilaires du sang humain décrites jusqu'alors.

Le sac ou gaine membraneuse qui enveloppe la filaire embryonnaire passait inaperçu à maint observateur au Brésil, et quelques auteurs prétendaient voir dans l'absence supposée de cette enveloppe une différence entre les filaires observées là et celles qui avaient été décrites en Chine, dans les Indes et en Australie. Mes propres observations constatant la présence du sac membraneux enveloppant les microfilaires du sang observées au Brésil ont effacé les doutes soulevés à ce propos, elles ont été accueillies par Cobbold (*Journ. of the Guecket Microscopical Club*) et par Leuckart (dans son résumé sur Les Parasites).

Des recherches et des observations nombreuses se sont succédées rapidement apportant des

nouveaux éléments à la constitution de l'histoire de la filaire de Bancroft : il m'est impossible de les mentionner ici. Je me contenterai de faire un résumé très bref du cycle vital du parasite.

*
* *

Les embryons de la filaire de Bancroft nés dans l'organisme humain, des progéniteurs y existant, mais provenant d'un transport effectué précédemment par des moustiques, sont destinés à être ingérés à leur tour également par des moustiques avec le sang sucé chez les malades qui les hébergent. Arrivés dans l'estomac des insectes, au bout de quelques heures les embryons commencent à se délivrer de leurs gaines membraneuses, abandonnent l'estomac du moustique, pénètrent dans la cavité générale de leur hôte, d'où ils passent dans les muscles du thorax, pour y séjourner le temps nécessaire à leur évolution larvaire. Plus tard encore, cette période de l'évolution terminée, les uns vont passer dans l'abdomen, les autres en plus grand nombre, se diriger du côté de la tête du moustique, suivant le tissu conjonctif lâche et arriver jusqu'aux organes constituant les pièces de la trompe, en communication avec la cavité générale du corps de l'insecte. Alors, au moment où celui-ci pique de nouveau un patient pour lui sucer le sang, les microfilaires déjà organisées pour s'adapter à un nouvel hôte, abandonnent la trompe de l'insecte et passent dans le corps de l'individu piqué, retournant vers un *habitat* analogue à celui d'où elles étaient venues.

L'évolution des microfilaires se complète dans le corps du moustique dans un espace de

temps variable selon diverses conditions (température, espèce de l'insecte, etc.), de 7 jours (Manson) à 17 jours (Bancroft).

Cette interprétation du passage de la filaire à travers l'organisme du moustique diffère quelque peu de la première hypothèse imaginée par Manson, qui croyait autrefois au passage des nématoïdes dans l'eau, abandonnant le corps de l'insecte, leur hôte, lorsque celui-ci y venait mourir après la ponte de ses œufs. L'eau deviendrait le véhicule qui conduirait les nématoïdes à l'organisme humain. Le véhicule dans la théorie actuelle est le moustique même.

La filaire embryonnaire qui mesurait dans le sang de l'homme 0,32 de millimètre de longueur et 0,007 à 0,009 de millimètre de largeur, lorsqu'elle est prête à abandonner le corps du moustique, 7 à 17 jours, et plus, après y avoir pénétré, selon l'espèce de l'insecte, le degré de chaleur, etc., possède une longueur de 1,70^{mm} et 0,03 de largeur, en moyenne.

On n'a pas encore jusqu'à présent des renseignements sur le développement progressif du nématoïde après son introduction dans l'organisme de l'homme; on n'y connaît que les filaires adultes et les formes dites embryonnaires.

Des œufs du nématoïde sont rencontrés quelquefois, soit dans le sang, soit dans la lymphe associés à des embryons, bien que la filaire de Bancroft soit ordinairement *vivipare*. Manson les a attribués à des fausses couches du nématoïde adulte. On doit pourtant se garder de confondre avec les œufs de la filaire certains corps qu'on rencontre très souvent lorsqu'on examine des produits pathologiques de l'affection, j'entends parler des œufs d'acariens venus du dehors. En effet, des acariens d'une espèce très

proche de l'*Acarus domesticus*, peut-être même identique à celui-ci, affectionnent beaucoup les urines et les humeurs riches en substances grasses provenant des malades de filariose; ces petits animaux, aussi bien que leurs œufs, se sont fréquemment présentés à mon observation : ils ont été vus également par bien d'autres observateurs.

Le sac ou enveloppe membraneuse des microfilaires de Wucherer a été attribué à une desquamation de la cuticule externe, sorte de mue, mais admettant par analogie ce qu'on sait d'autres nématodes, la membrane en question proviendrait de l'œuf, dont l'enveloppe se distendrait en s'adaptant sur l'embryon déroulé. Deux rôles ont été accordés à cette enveloppe. Elle protégerait efficacement les parois des vaisseaux contre l'appareil de perforation et de pénétration situé à l'extrémité céphalique de l'embryon, et par ce moyen, s'opposerait à la sortie intempestive de celui-ci du milieu sanguin et lymphatique; elle déterminerait plus tard l'arrêt et la fixation des microfilaires au contact de la trompe du moustique plongée dans le sang contenu dans les vaisseaux au moment où l'insecte vient le sucer pour s'en nourrir.

Ce second rôle accordé à la gaine membraneuse a besoin d'une explication. En comparant la richesse en filaires du sang contenu dans l'estomac du moustique et le nombre de ces nématodes observés dans le sang extrait des vaisseaux, on a été surpris de la grande différence notée en faveur du premier. Ce fait, autrement inexplicable, a sa raison dans la facilité avec laquelle la gaine des microfilaires se prend, fixant le petit nématode, à tout filament ou petite tige contre lequel elle se met en contact et y vient bouter.

En vérité il est intéressant de répéter une petite expérience proposée par Manson, je l'ai vérifiée un grand nombre de fois : si on prend quelques brins d'ouate et qu'on les fixe en les enroulant en partie sur l'extrémité d'un stylet fin, si on les plonge dans un liquide pathologique contenant des microfilaires, non coagulé, comme quelques urines hématochyleuses, ou l'exsudat d'un chylocèle, d'une lymphorrhagie, si enfin on promène le bout du stylet d'un côté et de l'autre pendant quelques minutes, on pêche une quantité considérable de nématoïdes, qui restent fixés aux brins de l'ouate, se remuant très activement sans pouvoir se débarrasser. Il va sans dire que l'observation doit être faite avec des liquides contenant les parasites encore vivants; elle constitue un spectacle fort curieux.

Lorsqu'on cherche à vérifier la présence des microfilaires dans le sang d'un individu, on doit choisir le moment où les petits nématoïdes sont habituellement plus nombreux dans le sang de la circulation périphérique, c'est-à-dire, la nuit, le temps du repos habituel du patient, de neuf heures du soir à huit heures du matin, pour notre microfilaire, la filaire nocturne du sang. Il ne faut pas pourtant prendre au sens rigoureux des mots la *périodicité nocturne* de cette espèce de nématoïdes : bien fréquemment on en rencontre aussi pendant la journée, seulement, même dans ces cas, ils sont alors moins nombreux que pendant la nuit.

Autrefois la recherche des microfilaires pour le diagnostic de la filariose était pratiquée sur des préparations fraîches du sang faites avec la technique usuelle des examens hématologiques. Aujourd'hui nous procédons

d'une façon beaucoup plus expéditive, comme nous l'a enseigné Manson.

Au lieu de prendre une petite goutte de sang et de l'examiner déposée entre lamelle et lame, on se sert de plusieurs gouttes de sang en quantité suffisante pour couvrir toute la surface d'une lame sur laquelle elles sont étalées en couche mince, puis on laisse sécher le sang sur la lame, à l'abri de toute poussière, et l'examen peut être pratiqué plus tard à loisir, de la façon suivante :

Les microfilaires englobés dans la couche du sang coagulé resteraient inaperçues à l'examen microscopique sans la coloration d'après un procédé convenable.

Toutes les fois qu'il est possible, je préfère, après la dessiccation, fixer mes préparations au mélange d'alcool et d'éther avant la coloration. Celle-ci est obtenue en faisant baigner la couche de sang par une solution aqueuse faible de fuchsine pendant quelques minutes. Cette opération est suivie d'une décoloration partielle en plongeant la lame dans l'eau distillée légèrement acidulée à l'aide d'une ou deux gouttes d'acide acétique. Par ce procédé, les microfilaires seules restent colorées par la fuchsine, et à l'examen microscopique elles tranchent par leur teinte et deviennent rapidement visibles sur le sang décoloré. On pourrait encore colorer celui-ci par l'éosine et obtenir ainsi des préparations à double coloration.

On peut procéder encore plus rapidement, et j'agis fréquemment de la sorte, remplaçant l'application successive de la solution de fuchsine et de l'eau acidulée par une solution alcoolique de bleu de méthylène avec décoloration graduelle du sang par de l'alcool, jusqu'au point convenable.

Les préparations peuvent être examinées humides, à faible grossissement, même sans être couvertes par des lamelles : elles sont appropriées seulement pour la simple vérification de la présence ou l'absence des microfilaires ; elles peuvent être gardées avant coloration pour être examinées des mois après la récolte du sang. Déshydratées convenablement, elles peuvent aussi être montées au baume définitivement, mais très souvent la coloration aux couleurs d'aniline se perd à la longue.

Pour l'étude détaillée des microfilaires il faut procéder beaucoup plus soigneusement ; recourir à la coloration par l'hématoxiline précédée du lavage de l'hémoglobine. Il ne faut pas oublier que les préparations fraîches des liquides contenant les parasites encore vivants ont le grand avantage de rendre facile la recherche des petits nématoïdes sans coloration ; par leurs mouvements ils fouettent les corpuscules du sang qui les entourent. Elles permettent aussi la vérification des reculs de l'animal dans sa gaine, tantôt dans le sens de l'extrémité céphalique, tantôt dans le sens de l'autre extrémité.

La recherche des microfilaires dans les urines hématochyleuses et d'autres liquides pathologiques sera facilitée en profitant quelques caillots qui s'y soient formés. La fibrine emprisonne dans ses mailles les petits nématoïdes et en se rétractant les rassemble. Pareil phénomène a lieu avec les hématies, ce que produit une coloration plus foncée de ces caillots.

Pour ce qui concerne la forme adulte des parasites, leur rareté, leur siège indéterminé, leur situation plus ou moins profonde rendent leur rencontre un fait de simple hasard ;

malgré leur taille relativement considérable comparée à celle des embryons, puisque la femelle adulte mesure de 55^{mm} (Primrose) à 76,89^{mm} (Cobbold) et le mâle 38,6^{mm} (Lotrop et Pratt) de long ; et 0,18 à 0,28 au diamètre maximum la première et 0,12 le dernier.

Nous ignorons complètement la durée de la vie des filaires adultes, nous ne connaissons pas le temps pendant lequel les microfilaires peuvent se conserver vivantes dans le corps de l'homme.

Les cas d'une très longue durée de la parasitose d'un même malade (elle peut persister 20 et 30 ans et probablement plus) ne prouve rien en ce qui concerne la vie des parasites adultes, on ne peut rien déduire de celle-là à celle-ci.

Les observations de la présence des microfilaires dans le sang, ou dans les produits pathologiques des manifestations de la parasitose pendant de longues années ne sont pas rares en effet. La préparation de sang contenant des microfilaires que j'ai eu le plaisir de vous montrer provient d'un cas très intéressant à cet égard. Ce sang a été extrait d'un des doigts d'une personne habitant Bahia et ayant présenté, il y a déjà près de quarante ans écoulés, des manifestations de la filariose, constituées par des lymphangites de la région inguinale et des lymphatiques profonds intrapelviens, accompagnées de symptômes généraux fort intenses, parfois même alarmants. Plus tard des accès de lymphangites se sont présentés à des reprises différentes aux jambes du patient. Connaissant ces antécédents, je profitai d'un court séjour de cette personne à Rio, au commencement de 1905, pour lui extraire du sang à examiner. Des mi-

crofilaires y existaient comme le démontre ma préparation.

Mais je répète, rien ne prouve que des infections successives n'aient pas lieu.

Vu la transmission des embryons par des moustiques, il se peut que les mêmes insectes, piquant, à des périodes écartées de quelques jours d'intervalle, un même individu déjà porteur des microfilaires, puissent une première fois lui sucer du sang contenant des filaires embryonnaires, et plus tard une seconde fois, lorsque celles-ci ont déjà évolué, lui inoculer des larves prêtes à s'adapter au milieu organique humain du même patient. Les moustiques introduiraient en ce cas dans le corps d'un même individu des microfilaires provenant de son propre sang, mais ayant passé quelque temps au dehors de son organisme, ayant séjourné pendant quelques jours dans le corps de l'insecte : le temps nécessaire à leur évolution de la forme embryonnaire à celle de larve, exigeant un *habitat* intermédiaire, où elles subissent les métamorphoses qui les rendent appropriées à un nouveau cycle de leur vie parasitaire. C'est, en réalité, un cercle vicieux.

On peut encore supposer que l'habitation commune aux individus composant une famille, les exposant au danger commun d'être piqués par les mêmes moustiques abrités dans la maison puisse faire la filariose une maladie familiale.

Les moustiques capables de transmettre la filariose appartiennent à des espèces différentes et même à des genres divers. Il y en a dans lesquels toutes les phases de l'évolution des larves de la filaire ont été vérifiées, d'autres

chez lesquels les observations ont fourni des résultats partiels.

Je vous épargnerai cette partie de notre sujet, elle est trop spéciale pour vous intéresser. Notons seulement que les *Culex pipiens*, *C. Skusi*, *C. fatigans*, les *Anopheles Rossi*, *A. Costalis*, le *Panoplites africanus*, le *Stegomyia fasciata* sont dans le premier cas ; les *Culex albopictus*, *C. Microannulatus*, *C. Taeniatus*, l'*Anopheles albimanus*, dans le second.

Je profite de cette occasion pour protester contre une opinion qu'on m'a prêtée gratuitement sans aucune raison, à propos des spécimens adultes d'une espèce de filaires rencontrées dans le cœur d'un enfant autopsié à la Faculté de Médecine de Rio par M. le Dr Figueira de Saboia et qui ont été étudiées et décrites par moi-même en 1887. Plusieurs auteurs ont prétendu affirmer que j'ai identifié mes deux spécimens à la *Filaria Bancrofti*. Or, de propos délibéré, ma description a été séparée et publiée comme chose différente de mon mémoire sur la *Filariose de Wucherer*, paru dans la même livraison de la *Revista dos Cursos* ; et le titre même de mon travail témoigne de mon abstention de toute détermination spécifique des deux néматоïdes ; il est formulé : « Description d'une espèce de filaires rencontrées dans le cœur humain. »

Je tâchai de bien établir dans le texte de mon travail une comparaison détaillée de mes deux spécimens avec la *Filaria Bancrofti*, la seule espèce de filaire du sang de l'homme connue jusqu'alors ; j'indiquai très précisément leurs points de ressemblance et ceux qui les différenciaient. Je n'ai pas posé de conclusion, attendant les vérifications nécessaires.

Plusieurs auteurs ont cru pouvoir rappor-

cher mes spécimens de filaire de ceux de Lewis, de Julio de Moura et de Felicio dos Santos, et supposer une identité que je n'ai pas affirmée. L'hypothèse de l'identité et la confusion des deux espèces de filaires s'expliquaient par les descriptions incomplètes et imparfaites de la *Filaria Bancrofti* femelle, et par l'ignorance absolue de la forme du mâle de la même espèce, qui n'avait pas été encore observé entier jusqu'alors.

Plus tard, voyant une nouvelle confusion sur le point de trouver place dans la littérature médicale, par le rapprochement des nouvelles filaires et de la *Filaria immitis* du chien, je crus utile d'écrire une note pour débrouiller cette erreur et établir la différenciation anatomique des deux espèces de nématoïdes. Mon travail a été publié dans le *Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde* (Bd. XII, n° 15), sous le titre de *Die Filaria Bancrofti Cobbold und die Filaria immitis* Leidy.

Sous l'influence de l'opinion qui s'était généralisée du rapprochement des filaires que j'avais décrites avec celle de Bancroft, j'ai eu alors le tort de suivre les idées courantes et de profiter des caractères de mes spécimens pour en établir la distinction.

La détermination définitive de l'identité ou de la diversité de mes filaires avec celles de Bancroft, ne pouvait être faite que par la confrontation d'exemplaires des deux formes, ce qui eut lieu seulement en 1895, à l'occasion d'un voyage que j'ai fait en Europe. Ayant apporté mes deux spécimens avec moi, ils ont pu être comparés directement à des exemplaires de la *Filaria Bancrofti* que possédait Manson, à Londres. Cette confrontation et les examens faits aussi ici, à Paris,

avec M. Blanchard, qui a pu vérifier l'exactitude de mes descriptions, ont permis la création d'une espèce distincte pour mes spécimens et la nouvelle dénomination spécifique qu'ils ont reçu depuis, dans la contribution du professeur Blanchard au *Traité de Pathologie générale* du professeur Bouchard.

* * *

Avant de terminer, il me faut revenir sur un point de l'histoire de la filariose que je désire laisser bien nettement élucidé.

Les auteurs des travaux plus modernes sur la filariose mentionnent tous l'observation primitive de la microfilaire faite par Démarquay, accompagnée de la remarque sur la singularité d'être restée, celle-là, omise pendant longtemps, toute la période dans laquelle les observations de Wucherer avaient été considérées comme les premières.

Le sort de la découverte de Démarquay et les faits que s'y rapportent, méritent d'être commentés.

Demarquay avait bien affirmé la réalité du fait observé, et ses collaborateurs avaient bien insisté sur l'impossibilité d'expliquer la provenance des petits nématoïdes du dehors ; et malgré les réserves qui lui étaient imposées par l'étrange nouveauté du fait, ils ont formulé très positivement leur manière de penser.

Comme on le sait, il s'agissait d'un cas de chylocèle, alors appelé galactocèle des bourses (Vidal) ou hydrocèle graisseux. Le liquide extrait du côté droit des bourses fut examiné par M. Lemoine, interne du service ; dans ce liquide il existait des petits nématoïdes. Le même malade avait déjà été opéré d'une affec-

tion semblable, du côté gauche, un an auparavant, par le même opérateur.

Demarquay avait fait connaître ce nouveau fait de galactocèle des bourses avec l'analyse du liquide, dans les comptes rendus de la Société de Chirurgie et dans l'Union médicale, en 1862. « *Nous n'avons point trouvé d'animalcules spermatiques dans ce liquide* », dit-il ; ni les microfilaires non plus, doit-on faire noter.

Les paroles du savant chirurgien de la Maison de santé annonçant l'existence des petits nématodes dans le liquide provenant de la deuxième opération, méritent d'être rappelées, je les reproduirai :

« Ce fait, disait-il, nous a vivement frappé. Les élèves du service et plusieurs de mes collègues du même hôpital ont pu constater la vitalité de ces êtres qui finirent par mourir avec le refroidissement du liquide. Nous avons cru utile de publier ce fait avec les *desiderata* qui l'accompagnent et nous n'avons voulu rien changer aux notes qui m'ont été remises par MM. Flurin et Lemoine, internes du service, non plus qu'à la note de M. Davaine. Si nous avons été dupe d'une erreur, ce fait restera donc inutile ; mais si, comme nous le pensons, il relate une chose nouvelle, des observations ultérieures ne manqueront pas de lui donner toute sa valeur scientifique. Au point de vue clinique il a déjà un côté intéressant, car il démontre que l'on peut rencontrer, à un an de distance, une double tumeur des bourses contenant un liquide semblable à du lait. Ce fait, joint à ceux qui ont déjà été publiés, permettront un jour de faire l'histoire de cette maladie improprement connue sous le nom de galactocèle des bourses. »

Non moins importante est la note de Da-

vaine, déclarant n'avoir pu vérifier le fait annoncé par Démarquay ; je crois devoir en transcrire quelques passages qui me semblent également intéressants. Le grand helminthologiste n'a pas su cacher son incrédulité, malgré les égards courtois exprimés à l'honneur des observateurs du fait qu'il ne put pas confirmer. Il la manifeste assez nettement lorsqu'il dit : « *Ce fait est donc tout à fait nouveau ; mais est-il bien réel ? N'y a-t-il pas eu là quelque illusion ?* » Il ajoute pourtant après : « Vos animaux ont été trop bien vus, et par plusieurs hommes exercés aux recherches microscopiques pour qu'on puisse croire à une illusion. La disparition de ces petits êtres peut trouver une explication plausible..... »

Le résultat négatif auquel Davaine est arrivé, ayant examiné pendant près d'une heure et demi le liquide et les préparations envoyés par Demarquay, 6 heures après les constatations faites par celui-ci et par Lemoine des petits néматоïdes vivants, observés aussi par MM. Luys et Lecomte, témoigne de la facilité avec laquelle les choses qui nous sont inconnues nous passent inaperçues, puisque même mortes les microfilaires ne devaient pas moins exister dans les matières examinées par le savant et exercé helminthologiste qu'était Davaine. On voit encore là un exemple de la valeur bien peu probante des observations négatives, faites par des personnes non habituées aux recherches des filaires du sang, lorsqu'il s'agit de décider des questions corrélatives à la filariose.

Je dois faire noter que justement le liquide extrait des chylocèles m'a fourni des embryons vivants des filaires après un délai beaucoup plus long que tout autre produit après sa sortie du corps des patients.

Encore ultérieurement, Davaine nous donne une nouvelle marque de son incrédulité à propos de l'observation de Demarquay, par son silence complet sur le fait, dans le supplément ajouté à la deuxième édition de son *Traité des entozoaires*, concernant les derniers travaux de 1860 à 1877. Il n'y fait aucune mention de l'observation de Demarquay, lorsqu'il rapporte longuement les travaux de Wucherer, de Crevaux, de Lewis, de Robin, etc., sur les microfilaire de l'homme.

Davaine n'est pas resté seul à oublier l'observation de Démarquay ; personne ne semblait la connaître ; elle est restée comme totalement ignorée pendant de longues années, malgré l'intérêt éveillé autour des nouveaux faits relatifs à la filariose du sang et de la lymphé humains.

Ce fut au Brésil, en 1881, que, pour la première fois, on tira de l'oubli l'intéressante observation publiée le 11 octobre 1863 par le savant chirurgien de la Maison municipale de santé.

Je dois raconter cet épisode de l'histoire de la filariose de Wucherer. Comme je viens de le dire, ce fut au Brésil et, chose curieuse, non pas à Bahia, où l'étude de la filariose se faisait avec un zèle très grand, non plus à Rio, où un petit groupe d'adeptes enthousiastes des théories parasitaires suivait le mouvement des nouvelles idées parties de Bahia, mais ce fut au centre du pays, loin des Facultés de médecine, qu'un clinicien, instruit et studieux, alla trouver, parmi des collections de journaux et de revues, le n° 41 de la *Gazette médicale de Paris*, de 1863, portant à ses pages 665 à 667, l'article et les figures publiés par Demarquay.

En possession de cette trouvaille, mon com-

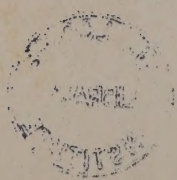
patriote s'empessa de la communiquer à mon regretté collègue et ami Julio de Moura dont il connaissait bien les études sur la filariose, et avec qui il entretenait des relations amicales. Julio de Moura, à son tour, fournit la référence à M. Bernhaus de Lima, élève de la Faculté de Rio, et alors en train de faire sa thèse de doctorat, qui fut présentée en 1881, *date de la résurrection du travail de Demarquay*, jusqu'alors oublié et maintenant si souvent cité.

Je regrette de ne pas avoir en ce moment le nom du confrère, praticien à Minas, auquel nous devons l'importante découverte bibliographique.

La thèse de M. Bernhaus de Lima n'a pas pourtant réussi à faire connaître en Europe l'intéressante indication ; elle n'a acquis aucune notoriété ; comme il arrive le plus souvent à ce que nous publions en portugais, elle est restée ignorée des écrivains français.

Seulement après la publication de mon mémoire sur la « Filariose de Wucherer », en 1887, ma référence à la thèse du jeune docteur de la Faculté de Rio, et surtout la citation minutieuse que j'ai faite du travail de Demarquay, ayant eu le bonheur de rencontrer une bienveillante et amicale attention ici en France, ont restitué au domaine courant de la science la connaissance de la première observation de la microfilaire nocturne du sang. Il est facile de vérifier l'exactitude de ce que je viens de dire ; on ne trouvera pas une seule citation européenne de l'observation de Demarquay avant la date mentionnée de 1887. Je n'en connais aucune.

Il paraîtra peut-être étrange, ce souci d'un



Brésilien de revendiquer pour un compatriote le mérite d'avoir démontré que Wucherer, le savant helminthologiste de Bahia, avait été précédé par un autre observateur dans sa découverte de la microfilaire. Pourtant je tiens beaucoup à la petite part qui me revient dans cette vérification.

Les observations de Wucherer ne perdent pas par cela leur caractère d'une vraie découverte ; la constatation antérieure ne se rapportait pas à l'hématochylurie ; elle était complètement oubliée de tout le monde, et totalement ignorée de Wucherer.

De plus, si la médecine brésilienne a perdu la priorité de l'observation de la microfilaire, elle a acquis indubitablement l'honneur *d'avoir découvert la découverte perdue*, ayant eu en plus le grand mérite de rendre justice à qui de droit, ce qui est toujours une bonne action.

Et celle-ci devient vraiment agréable pour nous, puisque, pratiquant cet acte de justice, honorant Demarquay, nous avons l'occasion de prêter un hommage sincère à cette classe illustre des chirurgiens français, dont la haute érudition et l'admirable habileté ne sont égales que par la généreuse hospitalité qu'ils savent accorder aux étrangers, si nombreux, qui viennent apprendre de leurs leçons et de leurs exemples.



